

(様式第1号)

**子どものための教育・保育給付 支給認定申請書  
兼 施設利用申請書**

※ 市 記 入 欄	認定者 番号		整理 番号	
	施設名			

大和郡山市長 様

令和 年 月 日

申請にあたっての誓約 および 同意書

- 施設型給付費・地域型保育給付費支給認定申請(以下、支給認定申請といふ。)および施設利用申請にかかる各種提出書類に関して、その内容は実態と相違有りません。実態と異なった場合は、認定の取り消し等いかなる措置を講じられても異議を申し立てません。
- 支給認定申請に必要な市町村民税の情報や世帯情報について、市が関係機関へ確認することに同意します。
- 決定された保育料は、遅滞なく納付し、滞納しないことを誓います。滞納した場合は、いかなる措置を講じられても異議を申し立てません。

保護者(誓約者)氏名

印

次のとおり、施設型給付・地域型保育給付の支給認定および施設利用について申し込みます。

保護者住所	〒639- 大和郡山市				転居予定	<input type="checkbox"/> 有			
					<転居先住所>				
保護者連絡先	【自宅】 ( ) - 【携帯電話】父:( ) - 母:( ) -								
ふりがな 児童氏名		保護者との続柄	児童生年月日	性別	認定を希望する区分				
			R 年 月 日生	男・女	<input checked="" type="checkbox"/> 1号：満3歳以上である。(幼稚園等の利用を希望) <input type="checkbox"/> 2号：満3歳以上で、家庭での保育が困難。 <input type="checkbox"/> 3号：満3歳未満で、家庭での保育が困難。				
児童の同居家族	ふりがな 氏名		入所児童との続柄	生年月日	性別	職業・学校名等	前年度市民税	今年度市民税	備考
			父	S H 年 月 日生	男		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有	
			母	S H 年 月 日生	女		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有	
				T·S H·R 年 月 日生	男・女		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有	
				T·S H·R 年 月 日生	男・女		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有	
				T·S H·R 年 月 日生	男・女		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有	
				T·S H·R 年 月 日生	男・女		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 有	
利用を希望する施設名	第1希望 (希望理由)								
	第2希望 (希望理由)								
	第3希望 (希望理由)								
	第4希望 (希望理由)								
	第5希望 (希望理由)								
利用を希望する期間	令和 8 年 4 月 1 日から 令和 年 月 日まで								
ひとり親世帯の該当	<input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 該当あり (H·R 年 月 日から)								
在宅障がい者の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (在宅障がい者と児童との続柄： )								
生活保護の状況	<input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 該当あり (H·R 年 月 日から)								
現住所に住むようになった日	H R 年 月 日	前住所地							

※1号認定を希望する場合、ご記入は以上となります。

※ 市 記 入 欄	認定の可否				認定の事由	認定区分	
	可・否 (理由)				( : ) ( : )	1号・2号・3号	
	令和 年 月 日認定	認定者番号	( 標準時間・短時間 )				
	支給(利用)の可否		利用期間		利用施設		
	可・否 (理由)		自 令和 年 月 日		認定こども園【連(幼・保)・幼(幼・保)・保(保・幼)】・幼稚園 保育所・地域型(小規模・家庭的・事業所内)		
	令和 年 月 日承諾		至 令和 年 月 日		施設名		
	受付	印	備考				

## 児童調査書

児童氏名		性別	男・女	生年月日	R 年 月 日生
------	--	----	-----	------	----------

上記児童について、あてはまる項目に記入またはチェックを入れて下さい。

現在の保育状況	<input type="checkbox"/> 保護者が自宅で保育	<input type="checkbox"/> 親戚の人（続柄：）が保育	<input type="checkbox"/> 職場に連れて行っている																
	<input type="checkbox"/> 認可外保育施設を利用（施設名：）	<input type="checkbox"/> 保育所・幼稚園等を利用（施設名：）																	
	<input type="checkbox"/> 職場内託児所を利用（施設名：）	<input type="checkbox"/> その他（）																	
集団生活の経験	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	期間	H・R 年 月 日～H・R 年 月 日																
		施設名																	
分娩時の状況	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 早産 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> その他（）																		
出産時等の状況	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 仮死 <input type="checkbox"/> チアノーゼ <input type="checkbox"/> 保育器 <input type="checkbox"/> ひきつけ <input type="checkbox"/> 重病黄疸 <input type="checkbox"/> その他（）																		
体重	出生時: g	現在: g・kg	身長																
健康診査の受診状況	これまでに受診した健康診査にチェックを入れて下さい。 <input type="checkbox"/> 4ヶ月児健診 <input type="checkbox"/> 7ヶ月児健診 <input type="checkbox"/> 1歳6ヶ月児健診 <input type="checkbox"/> 3歳児健診 <input type="checkbox"/> その他（） ※受診した健診で医師・保健師の指導があった場合はその内容をご記入下さい。																		
相談・指導について	<b>【子どもの言葉や発達に関して、相談したり指導を受けたりしたことがあるか。】</b> <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ※「ある」の場合は以下の項目をご記入下さい。																		
	時期	歳 ケ月のとき	場所																
	内容																		
	<b>【通っている施設等の有無】</b> <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 施設名																		
病気・けがについて	<b>【病気・けがの経験】</b> 以下、あてはまる項目にチェックして下さい。 右記のような <input type="checkbox"/> 眼の病気 <input type="checkbox"/> 耳の病気 <input type="checkbox"/> 皮膚の病気 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> ひきつけ <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 脱臼 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 病気・けがの経験はない 病名 症状等																		
	<b>【入院の経験】</b> <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 病名 (歳 ケ月のとき) 医療機関名																		
	<b>【治療・通院の経験】</b> <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 現在の状況 <input type="checkbox"/> 治療を継続中 <input type="checkbox"/> 完治 通院 頻度:1か月あたり 回 ・ 不定期																		
服薬の状況	<b>【服薬の有無】</b> <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ※「ある」の場合は以下の項目をご記入下さい。 病名 服薬回数 1日 回 朝・昼・夜・( )																		
	<b>【アレルギーの有無】</b> <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (原因となるもの：) ※「ある」の場合は以下の該当する項目にお答え下さい。																		
アレルギーについて	症 状	<input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> じんましん <input type="checkbox"/> 顔面紅潮 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐・腹痛 <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> 咳き込み <input type="checkbox"/> ショック <input type="checkbox"/> その他（）																	
	処方されている薬について	<input type="checkbox"/> 内服薬 ( ) <input type="checkbox"/> 外用薬 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 処方なし																	
	アナフィラキシーショックの経験	※「ある」の場合は以下の項目をご記入下さい。 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <table border="1" style="margin-left: 20px; width: 15%;"> <tr> <td>回数</td> <td>回</td> <td>時期</td> <td>歳</td> <td>ケ月のとき</td> </tr> <tr> <td>原因</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>その時の状況</td> <td colspan="4"></td> </tr> </table>			回数	回	時期	歳	ケ月のとき	原因					その時の状況				
	回数	回	時期	歳	ケ月のとき														
原因																			
その時の状況																			
<b>【食物アレルギーのため、利用施設での給食において除去対応を希望するか。】</b> <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい																			
その他	その他、子育てや子どもの発達に関する事等、気になることがあればご自由にお書き下さい。																		